

INTRODUCCION

El reemplazo valvular aórtico transcatóter (TAVI) ha evolucionado de una tecnología novedosa a una terapia establecida para pacientes de alto riesgo con estenosis aórtica severa (AS) sintomática.

Numerosos estudios han demostrado la seguridad y eficacia de la TAVR, y más de 250,000 pacientes han sido tratados con esta tecnología.

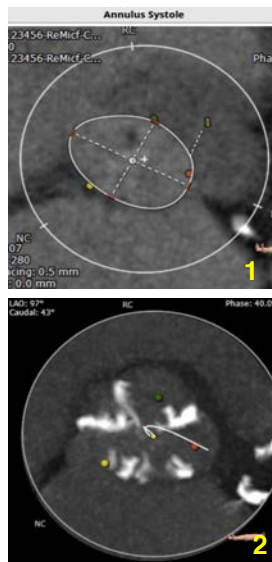
Aunque los ensayos aleatorizados han establecido que TAVI es el tratamiento estándar en pacientes

inoperables y una opción razonable en pacientes con alto riesgo quirúrgico, estos ensayos excluyeron la estenosis aórtica bicúspide congénita debido a sus características morfológicas únicas.

Pero si tenemos en cuenta que hasta el 15% de la población inoperable o de alto riesgo presenta anatomía de bicúspide, el desafío de un efectivo tratamiento con TAVI se concentra en el adecuado análisis de las características anatómicas del paciente como la elección de la

DATOS DEL PACIENTE

- Femenino 81 años
- DLP
- HTA
- EPOC severo
- Insuficiencia Vascular Cerebral
- Euroscore II: 2 % mortalidad
- STS Score: 3 % mortalidad
- CCG: sin lesiones



TC Anillo Aórtico: Fig1: Fase Sistólica. Fig2: Calcificación Moderada Fig3: Apariencia Bicuspidizada.



Fig4: ECG en eje corto: la flecha indica la fusión comisural que demuestra la funcionabilidad bicúspide Tipo 1.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenino 81 años con estenosis aórtica severa, con un Euroscore II: 2 % mortalidad, STS Score: 3 % mortalidad, Fragilidad importante: evaluación de timed get up ang go test 21 segundos con movilidad variable. Camina con bastón, inestabilidad de la marcha.

Ecocardiograma con Gradiente medio de 48mmHg, Area Valvular de 0,8 cm², Función ventricular conservada y Válvula Aórtica Bicúspide Tipo 1 por fusión comisural

ESTRATEGIA Y EJECUCION DEL CASO

Se realizó un implante minimalista de una Bioprótesis Autoexpandible Acurate Neo tamaño Medium, con anestesia local, cierre percutáneo con un proglide y pacing auricular por acceso femoral derecho.

Comenzamos con una Pre dilatación con un balón 20x40mm y teniendo en cuenta el comportamiento hemodinámico de una válvula aórtica bicúspide, para la posición inicial ubicamos el "band mark" (flecha celeste) 2mm por debajo del pigtail (Fig.5). Continuamos con la liberación de la Corona Superior, con una fijación sostenida a nivel del introductor femoral (Lotus Small) (Fig.6). Luego de liberar los Arcos Estabilizadores el dispositivo se ubica de tal forma que el Band Mark coincide con el plano anular (Fig. 7). Seguido a la liberación final, que se realizó con fast pacing, es necesario una Post Dilatación con el balón 20x40mm por subexpansión (Fig.8).

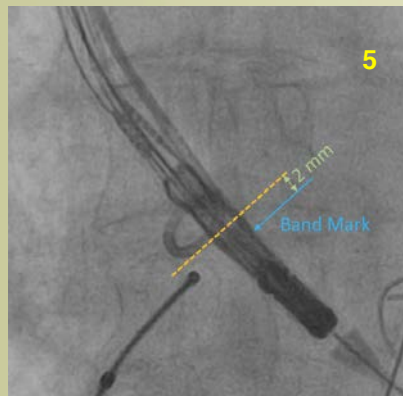


Fig5: Posición inicial

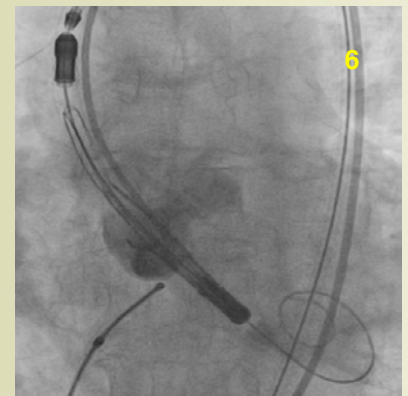


Fig6: Liberación de Corona Superior

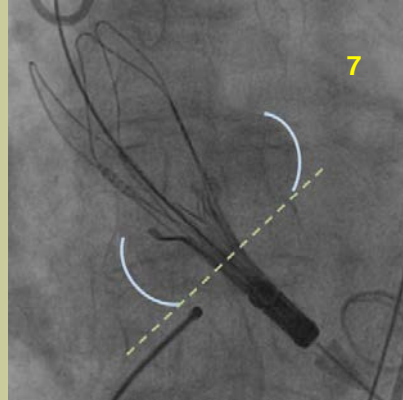


Fig7: Corona Superior y Arcos Estabilizadores

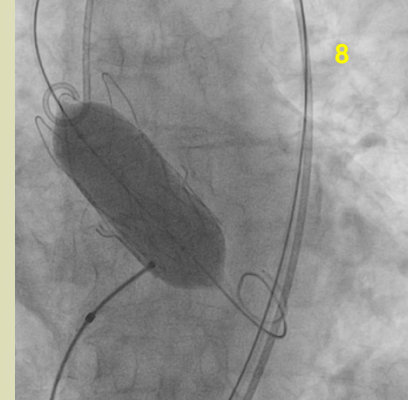


Fig8: Post-dilatación

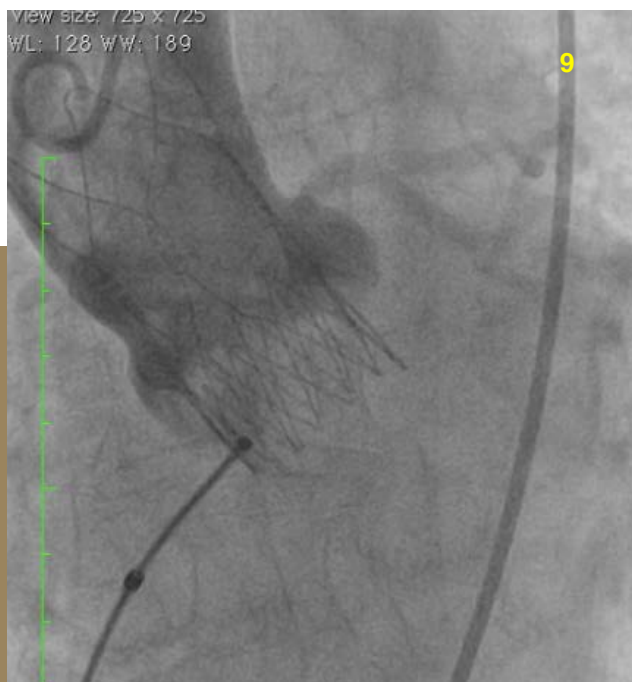


Fig9: Angiografía Final

RESULTADO FINAL

Luego del control angiográfico final (Fig.9) se demuestra una óptima posición de la Bioprótesis, sin leak paravalvular, un gradiente medio de 2 mmHg y sin trastornos de conducción.

CLAVES A TENER EN CUENTA

Las siguientes características y correspondientes beneficios de Acurate Neo Transfemoral fueron las claves para la elección en este caso:

Liberación Top Down: permite una liberación controlada y que minimiza el pop up (2-3-4-5).

Corona Superior: atrapa las valvas nativas (2-3) y en especial en este caso donde hay un anillo elíptico y calcificación de las valvas asimétrica.

Corona Inferior: con menor fuerza radial lo que permite un implante "mas bajo" de lo habitual, minimizando los riesgos de compromiso de conducción (6).

REFERENCIAS

- 1- New Generation Bioprosthesis Valve Implantation in Bicuspid Aortic Stenosis-Sina Ali, Yakup Alsancak, Serkan Sivri, Mehmet Bilge-Koşuyolu Heart Journal 2016;19(3):218-219 • DOI: 10.5578/khj.27978
- 2- PCR 2014 Feasibility, Performance and Clinical Outcomes of a New, Self-Expanding Transfemoral TAVR System. Dimytri A. Siqueira, Alexandre Abizaid, Auristela A. Ramos, Magaly Arrais, David LeBihan, Antonio Kambara, Laura Brenton, Helge Mollmann, Amanda G.M.R. Sousa, J. Eduardo SousaDante Pazzanese Institute of Cardiology, S.o Paulo – Brazil
- 3- 2014 Symetis ACURATE neo™ 2nd Generation Transfemoral TAVI. H. Mollmann 96-326-048 LEBENDIGE WISSENSCHAFT _ Kardiologie.
- 4- Symetis ACURATE neo™ : the latest generation transfemoral TAVI. Prof Dr Helge M. Ilmann. Issue 1 Thursday 13 February 2014 JIM today 9
- 5- Prospective Comparison Between Three TAVR Devices: ACURATE Neo vs. CoreValve vs. SAPIEN XT. A Single Heart Team Experience in Patients With Severe Aortic Stenosis. Tannas Jatene,1* MD, Antonio Castro-Filho,1 MD, Rafael A. Meneguz-Moreno,1 MD, Dimytri A. Siqueira,1,2 MD, PhD, Alexandre A.C. Abizaid,1,2 MD, PhD, Auristela I.O. Ramos,1,2 MD, PhD, Magaly Arrais,1,2 MD, PhD, David C.S. Le Bihan,1,2 MD, PhD, Rodrigo B.M. Barretto,1,2 MD, PhD, Adriana C. Moreira,2 MD, Amanda G.M.R. Sousa,1,2 MD, PhD, and J. Eduardo Sousa,1,2 MD, PhD.
- 6- Low new permanent pacemaker rate with ACURATE neo. Stefan Toggweiler, Henrik Nissen, Brynjolfur Mogensen, Florim Cuculi, Christian Fallesen, Karsten Tange Veien, Miriam Brinkert, Richard Kobza, Andreas Rück. Lucerne, Switzerland, Odense, Denmark, Stockholm, Sweden